

Hvilke ønsker har eldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn for sin alderdom i Norge? ¹

Berit Johannessen, June Jacobsen Steen og Jan-Erik Hallandvik

Førsteforfatter: Berit Johannessen. Førsteamanuensis. Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap. Institutt for helse og sykepleievitenskap. Universitetet i Agder.

Medforfattere: June Jacobsen Steen. Universitetslektor. Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap. Institutt for helse og sykepleievitenskap. Universitetet i Agder

Jan-Erik Hallandvik. Førsteamanuensis. Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap. Institutt for psykososial helse. Universitetet i Agder

Abstract

This article is based on a qualitative study with interviews of ten elderly people with ethnic minority backgrounds. The purpose is to present what the elderly think and wish for their old age in Norway.

Our study shows that the informants' wishes for an old age in Norway are largely related to contact with their family and others from the same cultural background as themselves. But they also recognize that their collectivist family traditions changed in an individualistic direction and adapted to the values of the Norwegian majority culture. They stated that the Norwegian welfare state gives them a high degree of confidence, and they have an overriding desire to be integrated. It also means that the cultural competence of health workers in the public health service must be increased. There is no simple answer to the challenges we are faced with an increasing number of elderly people from ethnic minorities, but the Norwegian health policy makers can build on their wishes and use them in planning future care of the elderly, which measures the borderline between family care and public care may be applicable.

*Referee

Keywords

¹ Artikkelen ble første gang trykt i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning i nr. 2-2012, 8 årgang. Den trykkes på nytt grunnet feil figur på s. 70

elderly, ethnic minorities, age, cultural background, health, eldre etniske minoriteter, alderdom, kulturbakgrunn, helsetjeneste

Innledning

I 2015 vil det trolig være rundt 8000 ikke vestlige innvandrere² over 67 år og rundt 1200 over 80 år (Statistisk Sentralbyrå (SSB) 2010). Hensikten med denne artikkelen er å presentere hvilke ønsker et utvalg av disse har for en alderdom i Norge. Artikkelen bygger på en kvalitativ studie med intervju av ti eldre med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn.

Både nasjonalt og internasjonalt har det de senere årene vært forsket på eldre etniske minoriteter i forhold til helse, livskvalitet og omsorg. Forskningen viser bl.a. at denne gruppen har andre og større helseutfordringer enn majoritetsbefolkningen og de har lavere grad av livskvalitet (Helsedirektoratet 2009, Koochek, Montazeri, Johansson & Sundquist 2007, Byrd, Fletcher & Menifield 2007). Flere er sosialt isolerte, de føler seg ikke hjemme i det nye landet og omtales som en utsatt og sårbar gruppe (Birkeland 1990, Dawes & Aambø 2005). En britisk studie avdekket syv hovedtema som opptok eldre innvandrere: 1. ensomhet og behovet for å være sammen med landsmenn, 2.språkbarrierer, 3.lengsel etter hjemlandet, 4.en avvisende holdning til de forandringer som er skjedd i hjemlandet etter at de emigrerte, 5.fremmedgjøring overfor barn og barnebarn, 6.et sterkt engasjement for å opprettholde kulturell integritet, og 7. ønske om å kunne ha en undervisende rolle i familien slik at de neste generasjoner holder kulturen ved like (Schweitzer 1991).

Norske undersøkelser viser at eldre med etnisk minoritetsbakgrunn i mindre grad enn etniske nordmenn bruker offentlige omsorgstjenester, men at de i økende grad registreres som brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester (Nergård 2008, 2009, Ingebretsen 2010).

En studie fra Nederland viser at eldre minoriteter i mindre grad bruker hjemmebaserte tjenester og fysioterapi, men i større grad bruker fastlege (Denktas, Koopmans, Birnie, Foets & Bonsel. 2009).

Ivaretagelse av kulturelle verdier og tradisjoner og muligheten for kommunikasjon på eget morsmål, har stor betydning for helse og livskvalitet hos eldre etniske minoritetsgrupper, og flere studier understreker at helsetjenesten i større grad bør vektlegge kultursensitiv omsorg (Byrd et al. 2007, Chow 2010, Lai 2007, Heikillä 2003, Heikillä, Sarvimki & Ekman 2007). Det hevdes at ved å forstå betydningen av ulike kulturelle prioriteringer og ved å forhandle frem en omsorgsplan som tar hensyn til dette, så vil man få økt helse og livskvalitet (Byrd et al.2007). Språk er et sentralt tema i all forskning på etniske minoriteters levekår og livskvalitet, og dårlig

² Definisjon på "ikke vestlig innvandrer" inkluderte i følge SSB's kategorisering også personer fra Øst-Europa. Fra 2008 har man gått bort fra dette begrepet. Våre informanter kommer fra Asia, Sør Amerika og Afrika, og vi vil derfor videre fortrinnsvis bruke begrepet: etnisk minoritetsbakgrunn når vi omtaler dem som gruppe.

mestring av språket i det nye hjemlandet har negativ innvirkning på helse og livskvalitet (Mui, Kang, Kang & Domanski 2007).

Undersøkelser i Norge viser at de fleste eldre med etnisk minoritetsbakgrunn ikke lenger tror at de kommer til å flytte tilbake til hjemlandet, selv om mange lenge drømte om å gjøre det (Dawes & Aambø 2005). De har derimot et tydelig ønske om å bo sammen med sin familie gjennom alderdommen (Nergård 2009). Moens (2002) undersøkelser blant pakistanere i Norge viste at en god alderdom for pakistanske eldre leves i flergenerasjonsfamilien, de ønsker et «pakistansk liv» noe som først og fremst er mulig innenfor pakistanske familier og nettverk.

En undersøkelse blant eldre asiatiske innvandrere som flytter til sine barn i USA, viser at de gjennomgår en prosess i tre trinn: *Seeking Paradise, Loosing Paradise and Reconsidering Paradise*. I dette ligger at de eldre hadde store forventninger til en alderdom med sine barn (seeking paradise), men de erfarte at forventningene ikke ble innfridd (loosing paradise). Over noe tid, gjennom forhandlinger, klarte de imidlertid å tilpasse seg sine nye omgivelser (reconsidering paradise) (Chiang- Hanisko 2010).

Videre viser internasjonal forskning ulik grad av forventninger til familiebasert omsorg hos eldre etniske minoritetsgrupper. En studie viser at det er større forventninger til familiebasert omsorg både hos eldre kinesere i Kina og kinesiske minoritetsgrupper i UK enn hos etnisk engelske (Laidlaw, Wang, Coelho & Power 2009). En annen studie viser imidlertid at de tradisjonelle familieomsorgsrollene hos asiatiske minoritetsgrupper er i endring, og at det har skjedd en “vestliggjøring” av omsorgspraksis. Lo & Russell (2007) konkluderer slik:

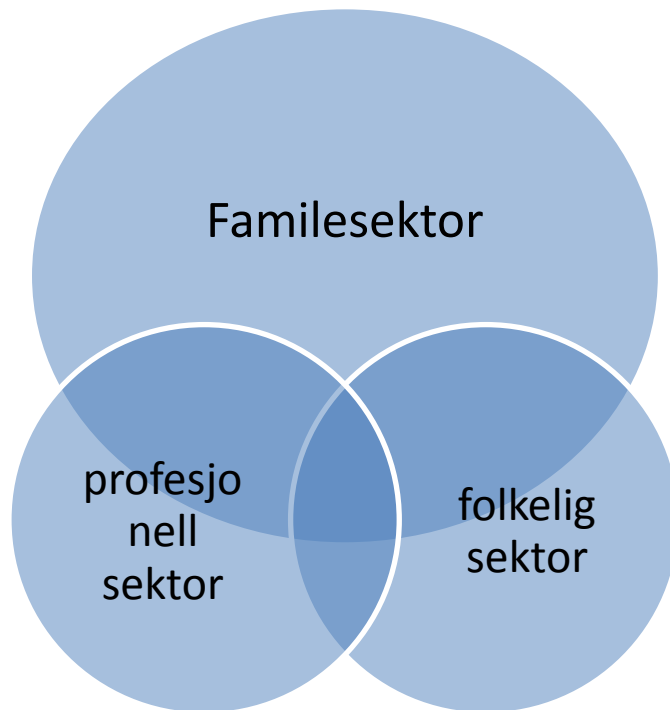
Transformation of filial culture has implications for policy, service planning and professional practice. It cannot be assumed that elderly Chinese immigrants' needs are being met through traditional family structures (s.31).

En norsk studie viser at unge med etnisk minoritetsbakgrunn sier de vil strekke seg langt for å ta seg av sine gamle (Nergård 2009). For Norge som helhet står familien for omtrent halvparten av den omsorgen eldre mottar (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Tretten prosent av nordmenn gir regelmessig ulønnet hjelp til noen utenfor egen husholdning (Daugstad & Sandnes 2008). En undersøkelse i syv land viste at familieansvaret for gamle var minst utbredt i Norge, men samtidig hadde Norge den beste offentlige eldreomsorgen (Daatland, Veenstra & Lima 2009). I disse undersøkelsene er ikke etniske minoriteter skilt ut som egen gruppe. Men flere undersøkelser peker i retning av at forventningene og pliktfølelsen i forhold til det å ta vare på sine pårørende, fremdeles står sterkere blant mennesker med innvandrerbakgrunn enn blant nordmenn flest (Baluyot 2000, Heikkilä et al. 2007, Thyli 2007). Ansatte i hjemmesykepleien mener etniske minoritetsgrupper skiller seg positivt ut i forhold til etnisk norske fordi de påtar seg til dels tunge omsorgsoppgaver i hjemmet. Motivasjonen for å hjelpe sine pårørende knyttes til normer om gjensidighet så vel som religiøse påbud, men i mange tilfeller er hjelpen også begrunnet ut fra en praktisk nødvendighet fordi foreldrene ikke behersker norsk språk (Ingebretsen & Nergård 2007, Nergård 2009). Familieomsorg er av særlig betydning for eldre hjelpetremengende som innvandrere sent i livet, da disse er spesielt utsatt for å bli hjelpeløse som gamle, blant annet pga. språkproblemer (Forsell 2004).

Forskning med fokus på ansatte i den offentlige helsetjenesten viser at utfordringene i møte med etniske minoriteter oftest knytter seg til kommunikasjonsproblemer og manglende kulturkunnskap og kulturforståelse. Både faglige og etiske problemstillinger trekkes frem i møte med etniske minoritetspasienter (Debessay 2012, Baluyot 2000, Thyli 2005, Thyli et al. 2007, Alpers et al. 2008). I en nylig utgitt rapport som vurderer sykepleierutdanning fastslås det bl.a. at: «Studentenes kunnskapsgrunnlag om migrasjon & helse er spinkelt» (Magelsen 2012).

Teoretisk perspektiv

Kleinman (1980 s. 50) har utviklet en modell for krysskulturell sammenligning av ulike helseomsorgssystemer:



I følge Kleinmann består de fleste helseomsorgssystemer, uansett hvor forskjellige de er, av tre sektorer som har enkelte overlappende områder eller kontaktflater. Kontaktflatene utgjøres av syke og hjelpetrengende mennesker som beveger seg fra sektor til sektor (Magelsen 2005).

Familiesektoren består av individet, familien og det sosiale nettverket og er preget av lokale verdier, kunnskaper og handlingsmønstre. 70-90 % av alle spørsmål om helse, sykdom og behandling blir håndtert her. Aktiviteten kretser mer omkring det å opprettholde helsen enn sykdom (Kleinmann 1980).

Den profesjonelle sektoren består av helsearbeidere med formell kompetanse, og det er store kulturelle variasjoner på hva slags kompetanse disse har. I Norge består sektoren av de offentlig godkjente utdanningene med sterk forankring i biomedisinen. Denne sektoren er minst, men pga. profesjonsorganiseringen har den størst makt.

Den folkelige sektoren består av ikke-profesjonelle behandlere med nær tilknytning til lokal kultur og virkelighetsoppfatning. Ofte blir sektoren delt i to undergrupper, de som har kontakt med overnaturlige krefter og de som ikke har det. Det alternative behandlingsfeltet i Norge i dag vil kunne befinne seg her, men deler av det vil også kunne defineres under den profesjonelle sektoren. Et særpreg ved den folkelige sektoren kan sies å være at det fyller et behov selv når mer vitenskapelige helsetilbud er innen rekkevidde (Magelsen 2005).

Metode

Problemstillingen for denne studien er: Hvilke ønsker har eldre med etnisk minoritetsbakgrunn for en alderdom i Norge? Det betyr at studien er beskrivende, hvor hensikten er å få innsikt i de ønsker etniske minoriteter selv har når det gjelder egen alderdom og eldreomsorg. Det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt som metode. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få et empirisk materiale som består av den intervjuedes egen fremstilling av seg selv. Slike intervju gir mulighet for innsikt i den intervjuedes livsverden, dvs verden slik den oppleves og erfares i det daglige (Kvale & Brinkman 2009). Vi valgte å følge en halvstrukturert intervjuguide med tre hovedtema:

1. Hva forbindes med en god alderdom ?
2. Hvordan er det å være gammel i det land de kommer fra ?
3. Hvordan er det å bli gammel i Norge – tanker, ønsker og planer?

Intervjuene varte fra 1 til 2 timer, de ble tatt opp på bånd og transkribert til tekst. Norsk kunnskapen til intervjupersonene var varierende, 6 kunne godt norsk, mens en gruppe på 4 måtte ha tolk.

Et av intervjuene foregikk i en gruppe med fire personer og tolk, ut fra informantenes eget ønske. Dette intervjuet hadde karakter av et fokusgruppeintervju. Fokusgrupper er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der flere mennesker samhandler. Fokusgruppeintervjuet styres av en moderator som har en styrende rolle. Moderatoren skal sørge for at alle kommer til orde, følge med i gruppeprosessen og bidra til at samtalen får en mest mulig konkret forankring til det temaet som skal belyses (Malterud 2011).

Deltagerne i fokusgruppen kjente hverandre godt og alle deltok aktivt og livlig i samtalen. Forskeren erfarte likevel at tolken refererte i form av en kort oppsummering av hva som ble diskutert. Dette kan ha ført til at interessante nyanser ikke ble oversatt og gjort tilgjengelig for forskeren. Når forskerne i tillegg er etnisk norske, slik som i denne studien, er det en fare for at dette vil påvirke hva informantene vil snakke om i et intervju. Informantene kan ønske å fremstå som takknemlige og høflige i møte med etnisk norske og derfor ikke formidle alle sine ønsker og

meninger. Dette kan sees på som en svakhet ved intervju som metode og svarene bør sees i lys av dette.

Utvalg

Utvalget var strategisk og bestod av 10 eldre ikke vestlige innvandrere. Alderen varierte fra 55 til 75 år. Kontakt med informanter ble opprettet via innvandrernettverk, naboskap, kirketilhørighet og frivillige organisasjoner. De fordelte seg på: Afrika (3) Sør Amerika (2) og Asia (5). Botid i Norge var fra 8 til 30 år, og begge kjønn var representert. Det var ikke vår hensikt å knytte svarene til en bestemt nasjonalitet eller etnisk gruppe, men det var viktig at informantene representerte land som har et større antall innvandrere i Norge. En etnisk minoritetsgruppe som er stor i Norge er Pakistanere, disse er ikke representert i vårt utvalg, men de er godt representert i tidligere forskning.

Analyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud 2011). Vi valgte innholdsanalyse av den transkriberte teksten med bruk av Kvale & Brinkmanns (2009) tre analysenivå: 1. selvforståelse, 2.kritisk forståelse basert på sunn fornuft og 3.teoretisk forståelse. Først ble intervjuutskriftene lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av innholdet i det enkelte intervju. Alle intervjuene ble lest igjennom av alle i forskergruppen og diskutert i fellesskap. Temaer som dukket opp umiddelbart ble skrevet ned. Meningskondensering av teksten startet ved at lengre setninger og avsnitt ble redusert til kortere utsagn og på den måten ble meningen i utsagnet tydeligere. Etter dette ble meningsenheter klippet ut av de enkelte intervjuene og kategorisert under sentrale tema i et nytt dokument. Så, for validering, ble alle intervjuene lest igjennom igjen for å vurdere at meningen ikke var forvrengt. En slik veksling mellom deler og helhet er en prosess i flere omganger. Diskusjonene i gruppen sikret refleksivitet. Forskerne bak dette prosjektet hadde ulik faglig bakgrunn, fra sykepleie, antropologi og statsvitenskap, noe som opplevdes som en styrke både ved gjennomføringen og analyseprosessen. Vi ble enige om at funnene kunne kategoriseres i fire hovedtema:

1. Ønske om en alderdom i nær tilknytning til familien og gruppen.
2. Ønsker og realiteter.
3. Ønsker om å være del av den norske velferdsstaten.
4. Ønsker om integrering

Forskningsetikk

Refleksivitet i forhold til egen posisjon er avgjørende for den vitenskapelige kvaliteten (Malterud 2011). Vår posisjon var bl.a. preget av at alle forskerne var etnisk norske, og selv om informantene i noen grad hadde et kritisk blikk på det norske samfunnet, kan vi ikke utelukke at vår etniske tilhørighet kan ha påvirket informantene i intervjusituasjonen. Faren er at de var mer

høflige og positive enn om for eksempel noen fra deres egen kultur hadde intervjuet dem, eller de hadde snakket om de samme temaene seg i mellom.

Informantene fikk lest opp informasjon om studien, og de skrev under på et informert samtykke. Det ble presisert at det var frivillig å delta, at data blir anonymisert og at de kunne trekke seg uten begrunnelse. Studien har fulgt retningslinjer gitt i Helsinkideklarasjonen (2008).

Presentasjon av funn

Ønske om en alderdom i nær tilknytning til familien og gruppen.

På spørsmål om hva som oppfattes som god alderdom er svarene knyttet til det å leve i familien og tradisjoner knyttet til denne. Familien betyr ”alt”, sa en av informantene. Med familie mente mange storfamilien. Dette inkluderer de gamle og det forventes at barna stiller opp og yter omsorg. Som en mann sa det: ”*I Afrika er det å hjelpe en del av livet*”. Forventningene er spesielt store til kvinnene, og det er hovedsakelig døtre som har ansvar for foreldrene når de blir gamle. Én sa at det er mødrenes drøm er å bo hos datteren og svigersønnen når de blir gamle. Under norske forhold må slikt samliv planlegges, og en av informantene fortalte at han og kona hadde begynt å se etter en leilighet i nærheten av datteren fordi de planla å flytte dit når kona skulle gå av med pensjon om et par år.

Mange understreket betydningen av respekt for de gamle. I tråd med dette er det storfamilien som tar ansvar for mat og husly for de eldste. Videre oppfattes det som et spesielt ansvar for de eldre, å informere de yngre om deres ansvar på dette området. De unge blir minnet på hva som forventes: ”(Jeg)..sier det til barna hele tiden, sørger for at de ikke glemmer det. Jeg sier: *Ønsker du at jeg skal være hos deg når jeg blir eldre?Hvis du blir funksjonshemmet, ville det være riktig at du blir plassert på sykehjem ? Nei - sier barna*”. Det ble fremhevet at barna er stolte av å ta seg av de gamle, selv om det også ble fremstilt som en plikt. Den eventuelt opplevde belastningen ved dette ble det imidlertid snakket lite om. Men den sterke generasjonstilknytningen var ikke bare en verdi man hadde med seg. For noen kunne den sees på som en funksjon av det å bo i Norge, men ikke være ”norsk”. Noen av informantene som hadde bodd i Norge i over 20 år, sa at vel var de norske, men de var redde for ensomhet. Derfor satset de på et nært forhold til barna sine.

Sosiale eller religiøse fellesskap var også et sted hvor flere opplevde at de kunne søke hjelp. Dette kunne for eksempel være moskeen eller kirka. En sa det slik: ”*Når folk står utenfor moskeen snakker de sammen om hvem som trenger hjelp, og ofte trår noen til*”. Det ble fremhevet at det er påbud i Koranen om å hjelpe hverandre. For å komme til himmelen må man ha gjort det rette, noe som også innebærer å ta seg av de gamle. Andre forteller at for dem fungerer den katolske kirken i stor grad som en utvidet familie, her kjente de fleste hverandre, de har oversikt over hvem som trenger hjelp, og man er innstilt på å hjelpe hverandre.

For noen er Norge et midlertidig oppholdssted, og vissheten om alltid å være inkludert i en familiegruppe gjør at de har drømmer om å vende hjem når de blir hjelpetrengende. En afrikaner sa det slik: *Jeg tenker på å vende tilbake til hjemlandet mitt... Der vil det alltid være noen som tar vare på meg. I Norge har jeg sett folk som er så alene at de ikke vet hva de skal gjøre. I mitt hjemland er det ingen som dør alene*". Det er likevel refleksjon over at det ikke alltid er like enkelt å bli tatt hånd om av familien, og at norske frihetsverdier kan komme i konflikt med familiære beslutninger. En sa det slik: *"Det er et problem at de menneskene som tar hånd om meg også vil være de som bestemmer hvor jeg da skal være"*. På tross av hjemlengsel innså de fleste at de nok likevel kom til å bli i Norge så lenge de levde. Imidlertid kan det å bosette seg her i landet gi forventninger hos dem som ble igjen i opprinnelseslandet. Flere sa at det ble forventet at familiemedlemmer som bor i utlandet sender penger hjem. Men der trenger de ofte mindre for å ha en anstendig alderdom. Som en sa: *"Hjemme kan vi leve med lite og det er OK, men i Norge må man ha ganske mye, så da blir man avhengige av hjelp"*.

Ønsker og realiteter.

Informantene innså at de nå levde i en kultur hvor det å ta vare på de gamle ikke ligger like tungt på barna og kvinnene. Noen av dem respekterte dette, andre var mer kritiske. En av dem som var kritiske til nordmenns prioriteringer sa det slik: *Man har tid til å stå på ski, men ikke til sine eldre. ...Livet mitt blir som jeg velger det. Du kan gå ned i 80 % jobb og få mer tid hjemme, og da kan du ha foreldrene dine hos deg*. Det ble pekt på at nordmenn egentlig kan ha gode muligheter for familieomsorg fordi de har så store hus at de kan ha familien i huset. De påpekte at det bare er snakk om mindre omstillinger for at man skal kunne ha foreldrene hjemme.

Familier i hjemlandet hadde ofte flere barn enn de selv hadde, de hadde fra ett til fire barn, på linje med gjennomsnittet i norske familier. Informantene innså at deres barn har sitt eget liv å ta hensyn til. Én av informantene innrømmet at det var ensomt når barna var på jobb. Flere understreker at barna ikke har tid til de gamle slik som før. En sa at: *...Hvis barna har tid etter jobb så kommer de, men vi kan ikke leve i avhengighet av dem*. Enkelte var for øvrig inne på at verdier endrer seg også i hjemlandet. For eksempel kan det at kvinnene i økende grad går ut i arbeid føre til vanskelige situasjoner og konflikter. En mann fra Afrika sa: *Kvinnerollen er i endring, mange kvinner arbeider ute nå. Det skaper masse konflikteren mann var så fortvilet at han tok livet av kuene og seg selv og barna.... Mange kvinner finner det bedre å leve alene enn sammen med en mann*. Muligheten for familiebasert omsorg er blitt mindre også i hjemlandet. Noen sier at de ser at det skjer en lignende utvikling der som i Norge.

Informantene snakket varmt om Norge når det gjaldt levestandard, men de opplevde seg samtidig lite inkludert. En av dem reflekterer over dette og sier: *Det er synd at en i Norge får dekket bare de materielle behov – skulle ønske at de også var vennligere, åpnet hjertene og at vi kunne få norske venner*.

Ønsker om å være del av den norske velferdsstaten.

Offentlig eldreomsorg er nærmest ukjent i deres hjemland, eller som en av dem sa det: *Staten eksisterer ikke. Familien står sterkt fordi det er den måten folk kan overleve på.* I et av intervjuene som ble gjennomført med tolk ble ordet ”sykehjem” sagt på norsk. Ordet finnes ikke på morsmålet hans. Informantene påpekte at det ikke finnes offentlige tilbud til eldre med omsorgsbehov. For eksempel ble det sagt at det å få hjem en lege var lettere i hjemlandet enn her i Norge, men at de ikke har hjemmesykepleie. Omsorgen og hjelpen finnes i familien, det er der de får støtte når de trenger det. Hvis man skulle trenge hjelp og ikke hadde familie, kunne man selv ansette en ufaglært helper, men utdannet helsepersonell hadde ingen rolle i eldreomsorg. En mann sa at det er lettere å bli gammel i Norge enn i Afrika, for: *”Man kan kreve noe i Norge, for eksempel å ha et sted å bo”.* Norske velferdsordninger er særlig gode å ha når det ikke er mulig å bo sammen med barna. Én sa at: *Helst vil jeg klare meg selv, men barna flytter ut og vi må ta imot hjelp hvis vi trenger det. ...Hvis ikke barn kan flytte til oss, må vi jo eventuelt bo på sykehjem.*

Informantene opplevde det gjennomgående som betryggende å bo i velferdsstaten Norge. En informant fra Sør-Amerika sa at han hadde sett at det norske systemet fungerte godt, at den største fordelen med å bli gammel i Norge var velferdsstaten. Den norske velferdsstaten får positive omtale av samtlige informanter. Noen hadde også erfaringer som de delte. En av dem fortalte: *Min svigermor fikk hjemmesykepleie, det gikk bra, vi var fornøyd.*

Kunnskap om velferdsordninger kan imidlertid være et problem, noen fortalte at de ikke visste hvordan det norske systemet fungerte. En mann fra fortalte at han gikk glipp av pensjonspoeng fordi han ikke hadde visst hva som gav poeng: *Generelt vet vi innvandrere lite om trygden, nå er jeg snart 67 år og har bodd her i 22 år, men får bare 3200 kr i trygd.* Han savnet en instans som tidlig kunne informere om hva som var lønnsomt i forhold til alderdommen. Men han sa også at som pensjonist var det for ham en stor fordel med norsk statsborgerskap.

Ønsker om integrering

Flere av informantene så at de i en gitt situasjon kunne få bruk for sykehjem eller andre offentlige omsorgstjenester. De hadde imidlertid ulike meninger om hvordan norske sykehjem best kunne ivareta deres behov. Noen vietnamesere som hadde bodd i Norge mellom 20 og 30 år og ikke kunne snakke norsk, ønsket seg egne sykehjemsavdelinger med ansatte som snakket deres morsmål. En av dem sa: *Det er best hvis vi kan ha bare vietnamesere og vietnamesisk mat.... Vi trenger egne rom så vi kan ta imot familie.* Mange fortalte om savn og at de lengtet etter livet slik det var i opprinnelseslandet, de nevnte for eksempel sang, musikk og filmer som noe de savnet ved å bo i Norge. Ikke alle gav uttrykk for ønske om spesielt tilpasset offentlig omsorg, men de så for seg problemer med å bo på et sykehjem når de ikke kunne snakke norsk. En av dem som mente at de ville trenge egne rom, understreket allikevel at de godt kunne bo sammen med nordmenn og spise norsk mat. Han sa: *Det er ikke problem med nordmenn, men vi kan ikke kommunisere med dem.*

Andre ønsket ikke noe annet tilbud enn det som gis til nordmenn: *Jeg kan se for meg at noen vil ønske seg et vietnamesisk sykehjem i Norge, men jeg har ikke behov for det, jeg er så godt*

integrert. En mann sa at de hadde diskutert hva de skal gjøre når foreldrene blir gamle og trenger hjelp. Han mente at mange ikke har dette klart for seg og at omsorgsforpliktelsene kan oppleves mer problematisk for andre- og tredjegenasjons innvandrere. Han var skeptisk til sykehjemsplasser som var tilrettelagte for innvandrere: *Men skal man være utenfor fra man er født til man dør? Man må tidlig lære seg norsk språk og kultur, det er vanskelig å ikke være norsk, men noen lever slik hele livet.* Han pekte på at eldre innvandrere ikke sjeldent er traumatisert av krig og ofte har hatt et vanskelig liv og at det derfor er viktig at de som jobber i eldreomsorgen gis kunnskap om minoriteters spesielle behov. Han understreker for øvrig betydningen av at sykehjemmene har ansatte med minoritetsbakgrunn: *....de eldre kan bli forstått og sett da.*

Diskusjon

Studien viser at informantene har ulike behov og ønsker for alderdommen, slik andre studier også har avdekket (Ingebretsen et al. 2007, Abebe et al. 2010). De er ikke en enhetlig og homogen gruppe, for eksempel er det stor ulikhet i forhold til integrasjon og språkferdigheter. Likevel har de noen fellestrekk. Et av disse er opplevelsen av den norske velferdsstaten som en trygghet. Et annet er ønskene og forventningene om at familien skal ta seg av dem når de blir hjelpetrengende. Forventningene kan være knyttet til kulturelle verdier denne gruppen har tatt med seg til Norge, som f.eks. kollektivismen som representerer en samfunnsorden der familie og klanfellesskap står sterkt og det enkelte familiemedlem har sin faste plass (Hanssen 2005). Det kan også ha sammenheng med synet på eldre som familiens overhode (Dawes et al 2005).

I tråd med tidligere forskning viser vår studie at informantenes holdninger og verdier utfordres i møte med det moderne norske samfunn (Kirkens Bymisjon og Norsk Folkehjelp 2005, Ingebretsen 2010). De erfarer bl.a. at vår kultur verdsetter individualisme og likestilling i sterkere grad enn det de er vant til. Gjennomgående ser de mange fordeler med å bli gammel i Norge, og de opplever i liten grad å være ensomme og isolerte slik andre studier har avdekket.

Ifølge Kleinmanns (1980) teori om helseomsorgssystemer, er det familiesektoren som hovedsakelig tar seg av forhold som har med helse å gjøre. I vår studie ser vi at informantene med bakgrunn i sin kulturs tradisjon fremhever betydningen av familiens rolle når det gjelder å ta seg av de eldre. Forskjellen mellom kulturer viser seg ofte i forskjellen på vektlegging av individualisme versus kollektivismen (Hanssen 2005) og vi ser at våre funn også avdekker denne forskjellen. Det er et ønske og en forventning hos informantene om at familien og det utvidede sosiale nettverk skal ta seg av dem når de blir eldre og hjelpetrengende. Dette illustreres godt i en avisartikkel om pakistanere i Oslo, hvor en familie hadde 200 medlemmer som alle bodde i nærheten av hverandre og hjalp hverandre (Sarwar 2012). Det kan se ut til at etniske minoriteter forventer at familiesektoren (Kleinmann 1980) tar et større ansvar for omsorg enn det som er vanlig i majoritetsbefolkningen, men samtidig ser informantene i vår studie også realitetene ved å bo i Norge hvor velferdsstaten i større grad har overtatt omsorgsansvar og det enkelte familiemedlem i mindre grad er forpliktet til slik omsorg.

Gruppen av vietnamesere i vår studie, hadde vært i Norge over 25 år, var norske statsborgere, men kunne ikke snakke norsk. De var først og fremst vietnamesere, ikke nordmenn, og de fortalte

om savn i f.h.t. flere sider ved den vietnamesiske kulturen. Slike funn fant også Moen (2002) blant pakistanere i Oslo. Andre informanter var tydelige på at de nå var norske og ønsket å leve livet i tråd med majoritetskulturens verdier og tradisjoner. Hanssen (2005) hevder at det hos kulturforskere eksisterer to motstridende syn på sammenhengen mellom aldring og kulturell tilhørighet og bakgrunn. Ut fra det ene synet anser man at jo eldre et menneske blir, desto viktigere blir vedkommendes kulturelle røtter. Ut fra det andre synet anser man at jo lenger en innvandrers har bodd i det nye landet desto mindre betyr opphavet og desto mer betyr det nye landets kultur. Slik vi tolker egne funn finner vi begge disse synene. Det viser seg da også at eldre mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn som gjennom sitt liv har vært godt integrert i det skandinaviske samfunn, skiller seg lite fra skandinaviske eldre (Hanssen 2005).

Når informantene forteller at de har bodd over 25 år i Norge og allikevel ikke kan snakke norsk vil de manglende språkkunnskapene ha stor betydning i møte med den norske helsetjenesten og de er i større grad enn andre utsatt for kommunikasjonsvikt og isolasjon (Debessay 2012, Moen 2002). Fremdeles er språk et av de viktigste områdene helsepersonell trekker frem som problem i møte med eldre etniske minoriteter. Begrunnelsen for å ikke lære seg vertslandets språk varierer, men kan knyttes til at de trodde oppholdet skulle være midlertidig og/eller at de stort sett omgås mennesker fra hjemlandet (Hanssen 2005).

Informantene i vår studie fortalte at i deres opprinnelsesland fantes ikke sykehjem (vietnameserne hadde derfor heller ikke vietnamesisk ord for det, men brukte det norske ordet). Sykehjem tilhører den profesjonelle sektor (Kleinmann 1980) med faglærte helsearbeidere, noe vi kan anta virker fremmed på eldre fra etniske minoriteter. Egne sykehjemsavdelinger med ansatte som snakker deres morsmål nevnes forsiktig som ønskelig av gruppen med vietnamesisk bakgrunn. Studier fra Sverige viser at det å inkludere finsk kultur og språk (gjennom bl.a. å ansette finsk personell) i omsorgen for finske minoritetspasienter, gir positive resultater i form av gode omsorgsrelasjoner og økt livskvalitet hos beboerne (Heikkilä et al. 2007). Ved behov for hjelp som familien ikke kan ta seg av, aksepterer informantene i vår studie sykehjemstilbud sammen med nordmenn, og innen rammen av den alminnelige omsorgstjenesten. Alt i alt finner vi en pragmatikk og en tilpasningsvilje som kan være et godt utgangspunkt for planlegging av offentlige omsorgsløsninger. Men dette krever at det offentlige tilbudet har sosiale og strukturelle betingelser som ivaretar etniske minoritetspasienter. Nyere forskning viser at dette er mangelfullt (Debessay 2012).

Informantene lengter på den ene siden etter hjemlandets kultur, på den andre siden er de glad for å være i Norge. Dette kan være knyttet til den prosessen som Chian- Hanisko (2010) kaller "reconsidering paradise": informantene mener at de vil tilpasse seg, selv om de samtidig ikke er helt komfortable med å bli gamle på norsk vis. De ser at barna deres lever opp i et land som ikke har samme tradisjon for å ta vare på de gamle som de selv var vant til fra sitt hjemland. Det er færre mennesker i det enkelte hushold og et travlere hverdagsliv i Norge, og det er andre forventninger til individualisme og privatliv. Selv om informantene i vår studie er innstilt på tilpasning til det norske systemet, så er det også behov for tilpasning fra helsetjenestens side. I likhet med det som tidligere studier fremhever (Ingebretsen et al. 2007), må tjenesten være lydhør for å møte et mangfold av brukere fra ulike kulturer.

En kan stille spørsmål om familieomsorg er et arkaisk overgangsfenomen i møte med den vestlige verden. Dersom det er et arkaisk trekk vil ønske om slik alderdom antakelig forsvinne i

løpet av en generasjon eller to, noe som internasjonale studier i noen grad har avdekket (Lo et al 2007). Men dersom verdier om familieomsorg knyttes nærmere til utformingen av den offentlige eldreomsorgen, kan de også sees på som fremtidsrettet i et velferdssamfunn med begrensede ressurser.

Flere av informantene ønsker å bo hjemme sammen med storfamilien. Et slikt generasjonsbofellesskap er mer vanlig blant etniske minoriteter enn etnisk norske (Hylland-Eriksen & Sørheim 1999), men tall fra SSB (2010) viser at en fjerdedel av dem over 64 år bor alene, og knapt en fjerdedel bor i husholdninger med mer enn tre personer. Flere unge innvandrere er allerede engasjert i å hjelpe foreldrene og skiller seg i så måte ut fra sine jevnaldrende i den generelle befolkningen (Daatland et al. 2009). En informant fra Vietnam fortalte at når han og kona om kort tid ble pensjonister skulle de flytte fra Sørlandet til Oslo for å komme nærmere datteren. Det å bo *i nærheten* kan være avgjørende for den unge generasjonens mulighet for å kunne gi praktisk hjelp og omsorg til sine foreldre (Sarwar 2012).

Undersøkelser viser at familier med etnisk minoritetsbakgrunn ofte ønsker en mellomting mellom offentlig og privat omsorg (Forssell 2004). Et aktuelt offentlig tiltak i så måte kan være økonomisk støtte til pårørende som ønsker å være hjemme for å hjelpe sine gamle. Omsorgslønn er en ordning som tar sikte på dette. Vår studie indikerer at dette er aktuelt, spesielt når den hjelpetrengende ikke behersker norsk språk. Eldreforsker Stein Husebø (2011) sier at alle vil tjene på å gi en omsorgslønn på for eksempel 150 000 kroner for å være hjemme med eldre. Begrunnelsen er blant annet at en sykehjemsplass vil være dyrere for samfunnet, da de koster fra 5-600 000 kr. og oppover. Men økonomiske støtteordninger kan også motvirke integrering i det norske samfunnet. Ansatte i helsetjenesten opplever innvandrerfamilier som lukkede arenaer (Ingebretsen et al. 2007) og der både omsorgsgiver og mottakere ikke kan norsk, er faren for isolasjon stor.

Helt siden 1980-tallet har brukermedvirkning vært en uttalt del av norsk helse- omsorgspolitik (Hallandvik 2005). Brukere omfatter både personer som mottar tjenester direkte eller pårørende. Ansatte i omsorgstjenesten kan oppfatte det som spesielt vanskelig å trekke innvandrere med i omsorgen på grunn av kulturvariasjoner og språkproblemer (Debessay 2012). Det å utarbeide gode samarbeidsmodeller for denne gruppen er derfor en utfordring.

Konklusjon

Denne studien bygger på intervju av ti eldre, de representerer ikke det store mangfold blant eldre etniske minoriteter. Vi erfarte likevel at vi fikk gode svar på vår problemstilling og svarene stemte godt med funn fra nasjonal og internasjonal forskning på feltet.

Vår studie viser at informantenes ønsker for en alderdom i Norge i stor grad er knyttet til kontakt med familie og andre med samme kulturbakgrunn som dem selv. Men de ser også at deres kollektivistiske familietradisjoner endres i en individualistisk retning og tilpasses verdiene i den norske majoritetskulturen. De gir uttrykk for at den norske velferdsstaten gir dem stor grad av trygghet, og de har et overordnet ønske om å være integrert. Det betyr også at den kulturelle

kompetansen blant helsearbeidere i den offentlige helsetjenesten må økes. Det gis ingen enkle svar på de utfordringene vi blir stilt overfor med et økende antall eldre med etnisk minoritetsbakgrunn, men norske helsepolitikere kan bygge videre på deres ønsker og bruke dem i planleggingen av fremtidens eldreomsorg, hvor tiltak i grenselandet mellom familieomsorg og offentlig omsorg kan være aktuelt.

Litteratur

- Abebe, D S, Spilker, R S, Hjelde, K H (2010). Innvandrerne er ikke en homogen gruppe. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 15: 1454
- Alpers, L-M, Hanssen, I (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. Rapport. Klinikk for medisin ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Baluyot, C (2000). Innvandrers press på eldreomsorgen. *Tidsskriftet Sykepleien*. Nr. 13: 51-55
- Birkeland, R (1990). *Om å bli gammel i et annet land. Kartlegging av eldre innvandrere i Oslo*. Bydelsforvaltningen Gamle Oslo,
- Byrd, L, Fletcher, A, Menifield, C (2007). Disparities in Health Care: Minority Elders at Risk. *Journal of Association of Black Nursing Faculty in Higher Education* 18 (2):51-5.
- Chiang-Hanisko, L (2010). Paradise Lost: How older adult Taiwanese immigrants make decisions about their living arrangements. *Journal of Cultural Diversity*. Vol. 17, No. 3
- Chow, H P H (2010). Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants. *Ethnicity og Health*. Vol. 15, No. 1: 61-72
- Dawes, T, Aambø, A (2005). Mot et generasjonsskifte. Eldre innvandrere- en uteglemt ressurs? I: Alberg, N, Aambø, A, Gihle, I, (red) : *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr.1.
- Debessay, J (2012). *Omsorgens grenser. En studie av hjemmesykepleiers rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter*. Avhandling for ph.d grad i profesjonsstudier. HiO
- Denktas, S, Koopmans, G, Birnie, E, Foets, M, & Bonsel, G (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 8:35
- Daatland, S O, Veenstra M, & Lima I A (2009). *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. NOVA Rapport nr 4.
- Forssell, E (2004). *Skyddandets förnuft: En studie om anhöriga til hjälpbehövande äldre som invandrat sent i livet*. Stockholm: Stockholms Universitet. Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan. s.109-204.
- Hallandvik, J-E (2005). *Forbedring, endring eller kontinuitet. Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. Oslo: Institutt for statsvitenskap. UIO.
- Hanssen, I (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk 3. utg..
- Heikkilä, K, Sarvimäki, A & Ekman, S-L (2007). Culturally congruent care for older people. Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 3 (2007): 354-61.
- Heikkilä, K (2003). Elderly Care for Ethnic Minorities—Wishes and Expectations among Elderly Finns in Sweden. *Ethnicity og Health*, 8(2): 135–146
- Helsinkideklarasjonen: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

- Helsedirektoratet (2009). *Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk*. Rapport. Oslo.
- Henriksen, K, Østby, L, og Ellingsen, D (2010). *Innvandring og innvandrere*. Hjemmesiden Statistisk Sentralbyrå. 2010.
- Husebø S, Omsorgslønn for eldre er lønnsomt. *PureHelpNews.no* (2011)
http://purehelpnews.com/data/_finans_Omsorgslnn-for-eldre-er-lnnsomt.php
- Hylland-Eriksen, T, Sørheim, TA (1999). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingebretsen, R (2010). *Omsorg for eldre innvandrere*. Oslo: NOVA, Rapport nr.11,15
- Ingebretsen, R og Nergård T B (2007). *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Kirkens Bymisjon og Norsk Folkehjelp (2005). *Flerkulturell eldreomsorg. Kartleggingsprosjekt av eldre innvandreres ønsker og behov for en alderdom i Norge*. Oslo..
- Kleinmann, A (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press. Berkley
- Koochek, A, Montazeri, A, Johansson, S-E & Sundquist, J (2007). Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 5:60 <http://www.hqlo.com/content/5/1/60>
- Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Lai, D W L & Chau, S B Y (2007). Predictors of Health Service Barriers for Older Chinese Immigrants in Canada. *Health and Social Work* Vol. 32, No. 1:57-65
- Laidlaw, K, Wang, D H, Coelho, C, & Power, M (2010). Attitudes to ageing and expectations for filial piety across Chinese and British cultures: A pilot exploratory evaluation. *Aging og Mental Health* Vol. 14, No. 3: 283–292
- Lo, M & Russell, C (2007). Family care: An exploratory study of experience and expectations among older Chinese immigrants in Australia. *Contemporary Nurse*. 25: 31–38.
- Magelsen, R (2005). *Kultursensitivitet*. Akribe forlag. Oslo
- Magelsen, R (2012). *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse ? NAKIM Rapport*.
- Malterud, K (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3.utg. Oslo:Universitetsforlaget.
- Mui, A C, Kang, S-Y, Kang, D & Dietz Domanski, M (2007).:English Language Proficiency and Health-Related Quality of Life among Chinese and Korean Immigrant Elders. *Health and Social Work* Vol.32, No 2.119-127
- Nergård, T B (2008). *Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester: rapport fra fem norske storbykommuner*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Oslo. Nr.10.
- Nergård T B (2009). *Mangfoldig omsorg: tre innvandrergrupper forteller om sine forventninger til alderdommen*. 16/2009 Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Nr. 16:56
- Schwitzer, P (1991): "A place to stay. Growing old away from home" I: Amanda J. Squires (red.): *Multicultural Health Care and Rehabilitation of Older People*. London: Edward Arnold/Hodder & Stoughton.
- Sarvar, S (2012) Grodd fast i dalen. VG 27.10.2012
- St.meld.nr 47(2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartement. 2009.
- St.meld.nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo.
- Thyli B (2005).Omsorg for eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Leserinnlegg. *Oppland Arbeiderblad*, 16 April

Thyli B, Athlin, E & Hedelin, B (2007): Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway - an exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*. 45-51.